599

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 Juillet 1901, à 9 heures

PAR

F. COURMONTAGNE

DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS UTÉRINS

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. DELENS, REYNIER, DELBET — Agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
E. WITSKI & Cie
8, Rue Casimir-Delavigne, 8
PARIS

LIBRAIRIE
JACQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

599

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901 — N° ___

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 Juillet 1901, à 9 heures

PAR

F. COURMONTAGNE

DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

DANS LE

TRAITEMENT DES CANCERS UTÉRINS

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. DELENS, REYNIER, DELBET, Agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
E. WITSKI & Cie
8, Rue Casimir-Delavigne, 8
PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	N. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LEDENTU. TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM
ACHARD.	GILLES DE LA TOURETTE.	SÉBILEAU.
ALBARRAN.	HEIM.	TEISSIER.
ANDRÉ.	HARTMANN.	THIÉRY.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA Auguste.	LAUNOIS.	THOINOT.
BROCA André.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHARRIN.	LEJARS.	VARNIER-
CHASSEVENT.	LEPAGE.	WALLICH.
DELBET.	MARFAN.	WALTHER.
DESGREZ	MAUCLAIRE.	WIDAL.
DUPRÉ.	MENETRIER.	WURTZ.
FAURE.	MERY.	
GAUCHER.	ROGER.	—

Chef des travaux anatomiques ..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Pendant le temps qu'il nous fut donné de passer dans le service de M. Poirier, chirurgien de l'hôpital Tenon, nous avons eu maintes fois l'occasion d'entendre notre maître nous vanter les bénéfices de l'hystérectomie abdominale totale dans les tumeurs cancéreuses de l'utérus.

Il nous a paru intéressant à ce sujet de rechercher et de recueillir ce qui avait été écrit dans les différents traités et monographies que nous avons pu consulter et c'est sur les indications de M. le docteur Poirier que nous avons entrepris ce modeste travail.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis, au terme de nos études médicales, d'exprimer toute notre gratitude aux maîtres qui nous ont prodigué leurs conseils éclairés et leurs savantes leçons.

Que M. le docteur Poirier qui a bien voulu mettre à notre disposition les observations de son service et les nombreuses ressources de sa pratique pour nous guider

dans notre tâche, reçoive le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Nous avons fait notre stage médical dans les services de MM. Gouraud, Huchard, Brault, nous les remercions de la bienveillance avec laquelle ils ont bien voulu nous recevoir.

M. le professeur Pinard a été notre maître en obstétrique, qu'il nous permette également de lui offrir les témoignages de notre gratitude pour son précieux enseignement.

Nous voulons aussi remercier les maîtres qui nous ont ouvert leurs services et dont les leçons si éclairées ont contribué à notre instruction médicale ; MM. les professeurs Tillaux, Duplay ; MM. les docteurs Lucas-Championnière, Reynier, Legendre, Marfan, H. Martin.

M. le professeur Tillaux nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

AVANT PROPOS

Il s'est produit depuis quelques années une grande évolution dans le traitement opératoire des cancers utérins, et si l'hystérectomie abdominale totale n'est peut-être pas encore le procédé définitivement admis par les gynécologistes de nos jours, nous n'en sommes pas moins en mesure d'affirmer qu'elle est aujourd'hui reconnue comme la méthode de choix, par la majorité des chirurgiens qui ont étudié de près la question.

Aussi la littérature médicale est-elle depuis un certain temps richement documentée en ce qui concerne cette méthode dont nous tenons nous-mêmes au cours de notre travail à proclamer la supériorité.

Nous n'insisterons donc pas sur l'historique de l'hysrectomie abdominale totale, qui a été faite et refaite dans des publications récentes, et en particulier dans la thèse d'Auclair (1).

(1) Auclair *De l'hystérectomie abdominale totale.* Thèse. Paris 1899.

Nous l'esquisserons simplement à grands traits, rappelant ce qu'il nous semble utile de connaître; nous nous efforcerons surtout de décrire le mieux qu'il nous sera possible l'opération de Poirier, et dans les quelques observations que nous avons recueillies dans son service de Tenon, c'est principalement sur quelques points de technique que nous nous arrêterons particulièrement.

Aussi bien en effet, cette technique peut-elle différer un peu, suivant la nature, l'étendue, l'envahissement du néoplasme, et c'est dans ce chapitre que doit résider la partie la plus intéressante de notre travail.

Il nous restera à poser quelques indications sur le choix de l'intervention, et nous pourrons, en terminant, donner les conclusions qui nous sembleront justifiées par l'étude de notre sujet, encore que cette étude nous paraisse bien incomplète.

Historique

Jusqu'à ces derniers temps, on ne pratiquait guère plus l'hystérectomie que par la voie vaginale quand il s'agissait de cancer.

Depuis quelques années seulement, on est revenu à l'hystérectomie abdominale, on y est revenu dans l'espoir de poursuivre par la laparotomie les prolongements néoplastiques dans le tissu cellulaire pelvien.

Schrœder, dans ses statistiques publiées à propos du parallèle établi entre les opérations partielles et l'hystérectomie totale, conclut que cette dernière donne beaucoup moins de chances de guérison que la première. La vérité est que Schrœder n'employait le procédé de l'hystérectomie totale que dans les cas tout à fait désespérés.

La valeur de ces statistiques est donc ainsi bien relative et ne peut être prise en considération d'une façon bien sérieuse.

Tannen, dans une polémique célèbre élevée à ce sujet entre Hofmeier qui soutenait la pratique de Schrœder et

lui, montra que l'hystérectomie totale, quand on l'applique, non pas d'une manière élective, mais à tous les cas, donne de tout autres résultats.

Depuis, de nombreuses statistiques ont été publiées à ce sujet, mais elles sont de faible valeur, car il faudrait qu'on pût appliquer les deux opérations à des cancers de même nature, de même siège, de même extension chez des malades de même âge et de même tempérament; or, dans la plupart des cas, ce sont des données que la clinique ne peut fournir, et il devient bien difficile, sinon impossible, dans de pareilles conditions, d'oser conclure avec Schræder et Hofmeier à la supériorité de leur méthode sur l'hystérectomie abdominale, puisque ainsi que nous le disions plus haut, l'hystérectomie abdominale totale n'était appliquée par eux qu'avec des cancers étendus, généralisés et ne légitimant plus une opération radicale.

Mais nous n'insisterons pas beaucoup sur l'historique de la question, retracée d'ailleurs avec beaucoup d'exactitude dans la thèse d'Auclair 1899.

Nous croyons cependant nécessaire avant de parler de la technique nouvelle des gynécologistes partisans de l'hystérectomie abdominale totale, de redécrire l'opération de Freund qui, comme on le sait, fut le premier à tenter l'hystérectomie abdominale totale pour cancer. Son procédé fut le point de départ de travaux importants dirigés dans ce but, et de toutes les modifications et améliorations des manuels opératoires différents décrits par un assez grand nombre de gynécologistes.

Avant lui, en effet, les opérations tentées en vue du traitement des cancers utérins furent réglées d'une façon peu méthodique.

Nous voulons d'ailleurs laisser de côté les essais d'extirpation d'utérus cancéreux par la voie vaginale.

J. Delpech, en 1830, combinait la méthode hypogastrique et la méthode vaginale :

Il libérait d'abord complètement le col, du côté du vagin, avant d'ouvrir l'abdomen.

1er *Temps* : Incision du vagin.

2e *Temps* : Décollement de la vessie et refoulement du rectum ; un tampon iodoformé est placé dans le vagin.

3e *Temps* : Laparotomie.

4e *Temps* : Ligature et section des ligaments larges.

5e *Temps* : Pansement.

A. Martin conseillait d'enlever d'abord le corps par la laparotomie, puis le col par le vagin.

Mais revenons à la méthode dite de Freund.

La malade de Freund, âgée de 62 ans, était atteinte d'un cancer du col traité depuis quelques temps par le curetage et les cautérisations au fer rouge.

Après les précautions antiseptiques ordinaires et le rectum ayant été au préalable vidé, Freund procéda ainsi.

1er *Temps* : Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche. On va à la recherche de l'utérus, qu'on traverse d'un fil pour faire exécuter à l'organe tous les mouvements nécessaires et surtout pour l'attirer au dehors.

2e *Temps* : Ligature des ligaments en trois portions, le fil supérieur comprenant et étreignant dans son anse la trompe et le ligament de l'ovaire ; le fil moyen, le ligament rond et celui de l'ovaire ; le fil inférieur enfin le ligament rond et la partie la plus inférieure du ligament large.

3e *Temps* : Détachement de la vessie de l'utérus après section des ligaments, incision de la partie supérieure du vagin et ablation de l'utérus après avoir isolé le col de ses connexions rectales en arrière.

4e *Temps* : On amène dans le vagin, en les tirant fortement en bas les 6 chefs des anses qui lient les ligaments larges ; on réunit les bords de la plaie vaginale par de nombreux points de suture en ayant soint d'y comprendre le péritoine.

5e *Temps* : Fermeture de la plaie abdominale et pansement antiseptique.

Actuellement, on peut dire que l'hystérectomie abdominale totale est devenue l'opération de choix dans la thérapeutique du cancer du col et du corps de l'utérus.

« Elle supprime, dit Legueu (1), l'utérus tout entier, corps et col, sans morcellement, ce qui évite les chances d'inoculation pendant l'opération. Elle permet d'enlever les ligaments larges, lorsqu'ils sont infiltrés, le vagin, lorsqu'il est envahi à sa partie supérieure et les ganglions.

(1) *Traité médico-chirurgical de gynécologie*. Labadie-Lagrave-Legueu.

Toutes ces exérèses s'effectuent sous le contrôle de la vue; la laparatomie est d'abord exploratrice, on juge de l'étendue du néoplasme, on apprécie ses infiltrations, ses propagations, on corrige un diagnostic insuffisant et on peut toujours s'arrêter à temps.

Pour l'isolement de la vessie, des uretères, les blessures accidentelles sont moins à craindre, ou si elles se produisent, elles sont par la voie abdominale plus facilement réparables. »

En Allemagne, beaucoup de gynécologistes ont aussi abandandonné la voie vaginale depuis quelque temps.

Dans le courant des quatre dernières années, sur 16 opérations de Freund, dit Kustner (1), j'ai eu quatre cas mortels.

De toutes les méthodes d'extirpation totale de l'utérus cancéreux, ajoute-t-il, l'hystérectomie abdominale est la plus efficace.

Non seulement, elle permet l'ablation de l'utérus et des annexes, mais elle permet également celle des ganglions lymphatiques et constitue une amélioration valable sur les méthodes vaginale et sacrée.

Prenons la mortalité pour l'opération de Freund qui s'évalue ainsi : chez Freund, 19 cas, 6 morts; chez Zweifel, 8 cas, 2 morts; chez Schanta, 10 cas, 7 morts: chez Léopolds, 8 cas, 7 morts; chez Hofmeier, 4 cas, 4 morts;

(1) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynekologie, 1897, Kustner de Breslau p. 448. — Méthode Freund dans le traitement du cancer utérin.

chez Winter, 18 cas, 11 morts et chez Kustner, 16 cas, 4 morts.

« Le pronostic est encore mauvais, conclut Kestner, mais en réalité, ce danger n'est pourtant pas attribuable à l'ablation de l'utérus par l'abdomen ; il est en quelque sorte spécifique pour les utérus cancéreux ; les nouvelles expériences nous apprennent, en effet, que les extirpations totales dans les myomes utérins ont les résultats définitivement plus satisfaisants.

Si nous consultons maintenant les statistiques des résultats opératoires obtenus par les chirurgiens français, et en particulier par Terrier, Poirier, Quénu, Faure, Hartmann, depuis 1896 jusqu'à ce jour, nous pouvons constater que la mortalité a diminué progressivement d'année en année, et, dans tous les cas, nous sommes en droit d'affirmer que les récidives s'opèrent plus lentement. Bouilly dit avoir remarqué que chez les jeunes femmes opérées par l'hystérectomie vaginale, la lésion récidivait rapidement, faisant suite en quelque sorte à la lésion primitive, et conclut que l'intervention a été incomplète dans tous ces cas malheureux, la méthode employée ne permettant pas une extirpation totale.

Il est évident que ce n'est que par l'abdomen que l'opérateur est à même de tout enlever, puisque ce n'est que par l'abdomen qu'il peut constater d'une façon efficace toute l'étendue de la lésion.

« Le pronostic des opérations abdominales, dit Hartmann (1), s'est amélioré d'une façon telle, dans ces der-

(1) Hartmann. *Annales de gynécologie*, Avril 1899.

nières années, que le nombre des partisans de la voie vaginale dans le traitement des néoplasmes utérins a considérablement diminué, et qu'en particulier, pour le traitement du cancer, beaucoup de chirurgiens sont revenus à la voie abdominale conseillée par Freund. Quelques gynécologistes ont pensé qu'il y avait là une voie nouvelle permettant des opérations plus larges pour les cancers de cet organe dont l'ablation par la voie vaginale est décevante au point de vue des résultats définitifs. »

Considérations sur le choix de l'intervention et sur quelques indications et contre-indications de cette intervention.

Il résulte de ce que nous venons de dire que pour les partisans de l'hystérectomie abdominale totale, cette méthode étant la seule qui permette de pratiquer une ablation véritablement complète, on diminuera d'autant les chances de récidive sur place, que ces récidives se fassent par inoculation opératoire ou bien par propagation du cancer.

Au contraire, l'hystérectomie vaginale ne permet pas d'aller à la recherche des ganglions envahis par la dégénérescence néoplasique, et, de plus, présente cette défectuosité qu'elle supprime le cancer en le morcelant, et au prix d'hémorrhagies quelquefois très abondantes.

Mais quand et comment allons-nous intervenir? Il est en réalité bien difficile d'établir des règles bien précises, et de suivre une ligne de conduite type dans le traitement radical des cancers utérins.

D'une part, la Clinique est loin de toujours fournir des renseignements exacts sur l'étendue, la propagation du néoplasme; c'est alors et seulement la laparotomie qui guidera le chirurgien, car elle lui donnera la possibilité de se rendre compte de l'importance de la lésion; nous pouvons dire d'autre part, que chaque cas comportera

une façon de faire différente suivant l'envahissement du cancer.

Dans le cancer du corps, avec un utérus gros, friable, immobile, étant retenu par des adhérences plus ou moins intimes avec les parties voisines, il est évident qu'il serait inutile de pratiquer l'hystérectomie vaginale, car ce procédé ne pourrait l'extraire que par morcellement, et nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'insister sur le côté défectueux d'une telle méthode en pareil cas. C'est donc bien ici la voie abdominale qui sera nettement indiquée.

Si nous avons à traiter un cancer de la portion intra-vaginale du col, sans infiltration des culs-de-sac, allons-nous, suivant en cela le procédé de Verneuil et de Braun, nous contenter de pratiquer l'amputation intra-vaginale du col ?

En présence d'un cancer de la totalité du museau de tanche s'étendant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux, suivrons-nous la méthode de Schrœder.

Avec un cancer du col propagé au corps, mais respectant les tissus voisins, l'hystérectomie vaginale deviendra-t-elle l'opération de choix ?

Quelle sera enfin la conduite que nous aurons à tenir, en présence d'un cancer du col étendu au vagin, à la vessie, au rectum.

Pour répondre à toutes ces questions, nous ne cesserons de dire et de répéter qu'il est dans beaucoup de ces cas, difficile de se rendre compte de l'étendue et de l'envahissement du néoplasme.

Ne serait-ce, dans ces conditions, que pour y voir clair,

pour corriger un diagnostic de propagation inexact, suivant l'expression de Leguen, l'hystérectomie abdominale totale sera certainement préférable aux autres méthodes.

Elle permettra d'aller à la recherche des ganglions pelviens; seule, elle pourra constituer une intervention vraiment radicale.

La propagation du cancer au vagin, à la vessie, au rectum, sera-t-elle alors une contre indication formelle, comme le prétendent certains gynécologistes? « Tant que l'on regardera, dit Mikulicz (1), la vessie et le rectum comme des *noli me tangere*, aussi longtemps l'extirpation de l'utérus ne donnera pas les résultats désirables; il ne faut pas craindre d'attaquer franchement ces organes qui ne sont pas essentiels à la vie. »

Notre avis ou plutôt l'avis de notre maître Poirier, est qu'à moins d'anémie extrême, de cachexie, d'affections graves intercurrentes, nous pourrons, dans la plupart des cas, tenter l'hystérectomie abdominale totale. D'ailleurs, la laparotomie sera pour nous le meilleur procédé d'exploration, et nous jugerons par elle des bénéfices que pourra tirer la malade de notre intervention.

Ne resterait-il pour la malade, dit Poirier, que quelques rares chances de guérison, ces chances ne peuvent évidemment lui être apportées que par la cure radicale du néoplasme, c'est-à-dire par l'hystérectomie abdominale totale, notre devoir est donc de pratiquer cette opération, puisqu'aussi bien la guérison ou la survie ne peuvent lui venir que de là.

(1) Mikulicz, cité par Schwartz (*Revue de chirurgie*, 1882).

Nous savons en effet combien le pronostic des cancers de l'utérus est grave.

Or, si nous trouvons dans la littérature médicale quelques cas authentiques de néoplasmes opérés par l'hystérectomie vaginale, et n'ayant récidivé que quelques années après, il n'en est pas moins vrai que ces observations sont rares, et nous ne pouvons en donner la raison qu'en montrant l'impuissance de cette méthode à amener dans la majorité des cas l'extirpation totale du cancer.

Nous sommes alors conduits à résumer ainsi les indications de l'hystérectomie abdominale :

Avec un cancer du corps, l'ablation par la voie abdominale est nettement indiquée ; nous savons d'ailleurs qu'elle est souvent impossible par la voie vaginale.

« Tout cancer du corps de l'utérus, justiciable d'une opération, doit être attaqué par la voie abdominale ».

Dans les cancers limités du col, nous ne pouvons nous assurer de l'envahissement néoplastique des ganglions que par la laparatomie ; l'hystérectomie abdominale totale sera donc encore ici la méthode de choix, et elle fournit en effet dans ces conditions son maximum d'inocuité.

Quant aux cancers du col, étendus, généralisés, nous dirons avec Poirier ce que nous disions déjà au cours de ce chapitre : notre devoir est dans beaucoup de ces cas, de tenter l'hystérectomie abdominale, puisque c'est la seule méthode qui puisse apporter à la malade sinon la guérison, du moins une survie appréciable.

(1) Rica rd. *Rapport au Congrès français de Chirurgie.* Octobre 1899

Hystérectomie abdominale totale

Technique de P. Poirier

Avant de décrire le procédé de notre maître Poirier, retraçons en quelques lignes la topographie de l'artère utérine dont les rapports sont si importants à connaître pour le gynécologiste.

L'artère utérine, naît du tronc de l'iliaque interne à une hauteur variable ; son origine est cachée par l'uretère qui repose généralement à ce niveau sur l'hypogastrique.

On ne s'accorde pas sur le siège exact du point de croisement.

« Toutes les opinions émises à ce sujet sont vraies, dit Poirier (1), parce que la situation de l'utérine par rapport au col utérin varie avec les sujets, avec les dimensions du col, avec les déviations provenant d'inflammations antérieures.

En hauteur, c'est en général, au niveau de l'isthme utérin que se fait le croisement. Ce croisement a lieu à angle

(1) P. Poirier. *Traité d'anatomie humaine*, tome II, fasc. 2.

très aigu, si bien que l'artère et l'uretère restent en contact et quelquefois presque parallèles sur une longueur de 10 à 25 millimètres. »

Après un court trajet dans la base du ligament large, elle se porte transversalement vers le col, puis se réfléchit de bas en haut en formant une sorte de crosse dont la partie la plus déclive de la convexité correspond à peu près au niveau de l'orifice externe du col (1) ; elle s'engage à ce moment-là au-dessus de l'uretère, puis remonte le long des bords de l'utérus en décrivant des sinuosités plus ou moins accusées, suivant que la femme est pare ou impare. Elle s'élève ainsi jusqu'au fond de l'utérus, à 2 centimètres environ duquel elle se termine par deux branches divergentes :

Une *branche utérine* qui se disperse en un bouquet sur la région de la corne et du fond ;

Une *branche annexielle,* passant au-dessous du ligament de l'ovaire, et qui se divise elle-même en deux branches terminales : une antérieure, tubaire : une postérieure principale, ovarienne et anastomotique.

Enfin, dans le cours de son trajet, l'utérine fournit une ou deux *branches cervico-vaginales* de gros calibre dont la présence est si utile à connaître pour le chirurgien, lorsqu'il veut pratiquer la ligature de l'utérine ; des *branches vésicales* longues, importantes également, et des branches urétérales qui s'appliquent à l'uretère, avec de grosses veines satellites.

(1) Fredet. *Recherche sur les artères de l'utérus.* Th. Paris, 1899.

Reprenons maintenant la technique opératoire de P. Poirier.

La malade ayant été endormie au chloroforme et se trouvant dans la position de Trendelenburg, toutes les précautions aseptiques étant d'autre part préalablement prises, l'opérateur incise la paroi abdominale du pubis à l'ombilic.

Il divise à longs traits le tissu cellulo-graisseux sous-jacent ; puis, reconnaissant la ligne blanche, il la fend sur toute l'étendue de la plaie cutanée. Il ouvre à ce moment la cavité péritonéale en incisant un pli du péritoine saisi avec une pince à griffes, et il agrandit l'ouverture en continuant de le sectionner avec une paire de ciseaux.

L'intestin est alors refoulé et maintenu solidement vers le diaphragme avec des compresses, ce qui permet à l'opérateur de se trouver en présence d'un champ opératoire bien net, bien limité, et qui lui rendra plus aisée la recherche des iliaques primitives et des iliaques internes dont nous n'indiquerons pas ici les rapports avec les organes voisins. Le premier temps important du procédé de Poirier est la ligature préventive des artères hypogastriques. Il est nécessaire, dit en effet Poirier, de pratiquer cette ligature, si l'on veut s'assurer une hémostase parfaite des organes pelviens.

Pour aller à la recherche de l'iliaque interne, l'opérateur suit d'abord dans son trajet l'iliaque primitive jusqu'à sa bifurcation ; reconnaissant alors l'hypogastrique, il soulève un pli du péritoine avec une pince à griffe, l'incise avec des ciseaux et agrandit l'ouverture avec une sonde cannelée.

Il dénude alors l'artère avec la sonde cannelée, passe une aiguille de Deschamps et pratique la ligature.

Lorsque ce premier temps est accompli, on procède ensuite à la ligature des pédicules ovariens et des ligaments ronds.

Le décollement de la vessie de la face antérieure de l'utérus et du vagin constitue un temps plus ou moins difficile et plus ou moins long, suivant d'ailleurs son degré d'adhérence, quelquefois très intime, et exposant ainsi à tout moment l'opérateur à pénétrer dans la cavité vésicale.

Aussi est-il nécessaire de prendre de grandes précautions, et le meilleur moyen d'éviter toute lésion, toute déchirure de la vessie, est de tenter ce décollement avec les ongles. C'est ainsi que nous avons vu différentes fois Poirier opérer, et en particulier dans un cas où les adhérences de la vessie avec l'utérus et le vagin étaient très intimes, le décollement s'effectua avec succès.

La libération des uretères constitue également un temps qui peut devenir très difficile ; il arrive, en effet, alors que l'uretère, droit par exemple, se libère très facilement, l'uretère gauche se trouve comme emprisonné dans des noyaux indurés desquels il devient extrêmement délicat de le dégager.

Le dernier temps est alors constitué par la ligature et la section des pédicules utérins, puis par l'ablation de l'utérus et des annexes et de la partie malade, infiltrée du vagin s'il y a lieu.

En effet, l'utérus est maintenant libre de ses moyens de suspension, et ne tient guère plus que par son insertion

vaginale ; la paroi vaginale est alors détachée de la vessie et du rectum aussi loin que possible des formations néoplasiques.

Alors seulement, la paroi vaginale antérieure est incisée d'un coup de ciseau ; la tranche inférieure repérée d'une pince de Kocher, et la boutonnière commencée est continuée au pourtour du vagin ; l'utérus ne tient plus et est enlevé. — Secondairement, on est quelquefois obligé de revenir pour enlever les productions néoplasiques dans l'aponévrose sacro-recto-génitale.

Cette ablation amène quelquefois une dissection complète du petit bassin comme dans l'observation V notée plus loin.

Il est à remarquer, pour en revenir au premier temps de l'opération, que la ligature préventive des artères hypogastriques a assuré une hémostase parfaite pendant tout le temps de l'intervention.

Seules, les tranches vaginales saignent quelquefois un peu, à cause de la récurrence par les artères vaginales. En tout cas, il est rare que l'on soit obligé de pratiquer la ligature des utérines.

Lorsque le tamponnement de la surface cruentée est terminé, on laisse deux compresses dans le ventre, et une mèche dans le vagin, ressortant par la vulve. On ferme la plaie par deux plans de sutures : un plan profond (ligature en masse), et un plan superficiel comprenant simplement la peau.

Bandage fortement compressif.

OBSERVATIONS

Observation I (Service de M. Poirier)

F. Joséphine, 45 ans, entrée le 10 janvier, salle Richard Wallace.

Epithélioma du col et fibronne du corps.

La malade dit être restée huit mois sans avoir eu ses règles, puis, trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle se plaint d'avoir des pertes blanches et des métrorrhagies répétées; depuis cette époque, elle perd presque d'une manière continue de gros caillots de sang.

Elle était toujours bien réglée auparavant.

Trois grossesses menées à terme et une fausse couche; le dernier enfant est né il y a quinze ans.

Depuis cinq à six ans, la malade ressentait des douleurs assez vives dans le bas-ventre : douleurs sous forme de pincement; particulièrement à la suite de fatigues.

A l'examen, on constate la présence d'une tumeur assez volumineuse, de la grosseur du poing, surmontant le pubis, et peu douloureuse à la pression.

Le col est dur, bosselé, douloureux, recouvert d'un mucus sanguinolent.

Opérée le 18 janvier.

Laparatomie médiane, ligature double des hypogastriques

(plus difficile qu'à l'ordinaire à cause de la profondeur de la plaie, la femme étant très grasse).

Ligature des pédicules ovariens et des ligaments ronds.

Section des ligaments larges.

Décollement de la vessie.

Ligature des deux pédicules utérins.

Entrée dans le vagin par le cul-de-sac antérieur. Le dégagement des côtés du col est un peu laborieux à cause de l'infiltration de la tumeur du côté gauche particulièrement.

Section des ligaments utéro-sacrés.

Toilette pelvienne.

Une mèche dans chaque fosse iliaque.

Une mèche vaginale.

Durée de l'opération : 45 minutes environ.

Le 2e jour la malade retire sa mèche vaginale.

Ablation des mèches abdominales à la 48e heure.

Drain abdominal et drain vaginal.

Le premier jour le pouls est à 92°, les jours suivants il remonte jusqu'à 120°.

Pas de ballonnement du ventre. Quelques nausées.

Le soir de l'opération on avait fait à la malade une injection sous-cutanée de sérum, la malade sort guérie le 9 mars.

Observation II (Service de M. Poirier).

R..... Ernestine, 42 ans, entrée le 8 février salle Richard Wallace.

Epithélioma utérin (Récidive chez une femme amputée du col au niveau de l'isthme en mars 1900).

Il y a 10 mois, le col de l'utérus fut lésé par une canule en verre cassée pendant une injection. Un Schrœder fut pratiqué à ce moment là par le Dr Poirier qui avait constaté l'existence d'un épithélioma du col.

Depuis quelques temps, la malade se plaint de douleurs

abdominales, surtout au moment des règles qui ne durent qu'un jour ou deux, au lieu de 3 à 4 jours en temps normal. Pas de pertes blanches.

Antécédents : Réglée à 13 ans, toujours régulièrement.

Pas d'enfants. Pas de fausses-couches.

Fièvre typhoïde à 9 ans.

A l'examen, on constate la récidive locale de l'épithélioma opéré auparavant. Le nerf obturateur est comprimé à gauche par la tumeur, ce qui détermine des douleurs assez vives dans la cuisse gauche.

Opérée le 11 février.

Laparotomie. Vastes compresses de toile refoulant l'intestin.

Ligature double des hypogastriques.

Les trompes sont toutes deux extrêmement augmentées de volume, ayant l'apparence de bananes tendues et pleines d'un liquide noir marron : c'est du sang modifié dû à ce que les règles se faisaient jour à travers l'ouverture utérine au vagin avec une grande difficulté ; la cavité utérine est elle-même très dilatée en amont de son ouverture.

Ablation bi-latérale des annexes. Décollement de la vessie, rendus extrêmement difficile à cause de son adhérence intime avec le vagin infiltré. La cavité vésicale est elle-même ouverte en un point, sur une étendue qui permet l'introduction d'un doigt.

Suture au catgut, en double étage de cette plaie vésicale. L'uretère droit est assez aisément dégagé et reconnu. A gauche au contraire l'uretère est pris dans des noyaux indurés au milieu desquels il décrit plusieurs sinuosités. Son dégagement est extrêmement délicat. Il est dilaté au-dessus de ces sinuosités.

Pincement des pédicules utérins et ablation de l'utérus qui se détache de la cicatrice du bas fond vaginal très facilement, n'étant plus maintenu que par le col amputé autrefois.

Section des portions malades du vagin.

Hémostase. Mèche dans le vagin. Mèche abdominale. Sutures.

On retire les mèches 4 jours après. Pas d'accidents consécutifs. Incontinence d'urine passagère. Sortie guérie le 10 mars.

Observation III (Service de M. Poirier) (*personnelle*)

V... Célestine, 37 ans, entrée le 30 mai, salle Richard-Vallace.

Epithélioma de l'utérus.

La malade, se plaint, en entrant dans le service, de douleurs dans le bas-ventre et d'élancements, plus particulièrement à l'époque des règles.

Les écoulements menstruels sont irréguliers depuis un certain temps jusqu'à environ 4 ou 5 mois avant son entrée à l'hôpital.

Les métrorrhagies sont fréquentes à partir de ce moment-là, et les douleurs qui reviennent par accès 2 ou 3 fois par jour sont de plus en plus vives au niveau de l'hypojastre, des fosses iliaques et des cuisses.

Rien de particulier dans les antécédents de la malade. A l'examen, on constate que le col est dur, mamelonné, déchiqueté le corps est mobile, moins toutefois qu'à l'état normal.

Les culs de sacs sont infiltrés et le vagin est envahi par la néoplasme sur une assez grande étendue.

Opérée le 6 Juin.

Gros épithélioma bourgeonnant ayant détruit le col et envahi les parois du vagin.

Incision sous-ombilicale très longue de l'ombilic à la symphyse.

Ligature de l'artère hypogastrique droite, puis gauche.

Ligature du pédicule utéro-ovarien droit, puis gauche.

Décollement de la vessie de la face antérieure de l'utérus.

Libération difficile des uretères.

Section du vagin très bas — On est obligé de refaire les ligatures au niveau des utérines qui donnent abondamment malgré la ligature des hypogastriques — Ablation d'un ganglion au niveau de la bifurcation de l'hypogastrique du côte droit.

Rien du côté gauche qu'un noyau induré qui est enlevé.
Une mèche est placée dans le vagin et ressort par la vulve.
Tamponnement très vigoureux par le ventre.
Une mèche ressort par la cicatrice.
— Décédée le 13 Juin.

Observation IV (Service de M. Poirier) (*personnelle*).

P. Marie, ménagère 50 ans, entrée le 5 juin 1901. Salle Richard-Wallace.

La malade entre à l'hôpital pour pertes blanches et rouges.

A. H. — Père mort subitement.

Mère vivante.

Deux sœurs bien portantes.

A. P. — Réglée à 18 ans. Pas toujours bien réglée.

Durée de l'écoulement menstruel : 8 jours.

9 grossesses. Accouchement normal.

Enfants vivants et bien portants, excepté le dernier mort-né et au dire de la sage-femme mort quelques jours avant son expulsion spontanée.

Suites de couches bonnes.

A 34 ans la malade est atteinte d'une pleurésie qui la tient un an malade.

Il y a quatre ans la malade se plaint du foie qui est gros, douloureux et une amélioration notable se produit après administration de sirop de Gibert.

Quelque temps après, on observe un empâtement dans la fosse iliaque gauche, en forme de boudin; cet empâtement disparaît par le traitement au sirop de Gibert.

Il y a trois mois la malade se plaint de constipation. Douleur au point de Mac-Burney.

Empâtement de la fosse iliaque; le médecin qui la soigne pense un instant à une appendicite.

Ces symptômes s'amendent à la suite.

Depuis quatre ans la malade était au régime lacté.

Le toucher vaginal fut pratiqué il y a deux ans par son médecin qui dit avoir trouvé le col un peu gros; l'utérus pas très augmenté de volume.

Depuis, des pertes blanches qui ont surtout augmenté dans le cours des six derniers mois et sont souvent striées de sang.

Actuellement pertes blanches et pertes rouges beaucoup plus abondantes.

D. R. — 15 mai environ.

Métrorrhagies depuis ces trois dernières semaines.

Examen : A l'inspection le ventre est à peu près normal; pas douloureux à la palpation; la malade accuse parfois des douleurs en piqûre d'aiguille à la hauteur de l'utérus.

Toucher : col énorme, dur, déchiqueté, saignant facilement. Corps moyen et mobile.

Culs de sac libres. Ligament large à gauche douloureux (infiltration du ligament).

Absence de ganglions.

Opérée le 13 juin.

Longue incision remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. L'intestin est refoulé vers le diaphragme avec une compresse.

Recherche et ligature des deux artères hypogastriques.

Ligature des utéro-ovariennes.

Ligature du pédicule ovarien et du ligament rond.

Ablation des ovaires et des trompes.

Décollement de la vessie (très adhérente).

(*Temps long et difficile à cause de cette adhérence très intime*).

Libération des uretères; l'uretère gauche est beaucoup plus difficile à libérer que le droit, parce qu'un prolongement néoplasique gagne les lymphatiques de ce côté, et entoure l'uretère.

La libération est très facile du côté droit.

On note l'absence de ganglions.

Ablation de l'utérus et de la partie supérieure du vagin.

Tamponnement de la surface cruentée.

Deux compresses sont laissées dans le ventre.

Une mèche est placée dans le vagin et sort par la vulve.

La malade est sondée après l'opération et il est recommandé de la sonder toutes les 3 heures.

(Pas de vomissements après le chloroforme).

Décédée le 15 juin.

Examen de l'utérus cancéreux de l'observation précédente

Examen macroscopique

La tumeur envahit toute la portion cervicale de l'utérus.

Le corps est de coloration normale, de dimensions plus grandes que celles de l'utérus sain.

Les annexes sont absolument normales.

On constate au niveau des ovaires deux productions kystiques remplies de sérosité et de sang, probablement des corps jaunes.

La coupe montre dans l'ovaire gauche des traces de sclérose sénile.

Examen du col

L'augmentation de largeur du col est considérable. Elle atteint deux centimètres de plus que le fond du corps, et dans le sens antéro-postérieur, le col mesure 6 centimètres.

Les parois vaginales s'insèrent à la périphérie de la tumeur et semblent normales, si ce n'est près du néoplasme où l'on constate la présence de petits noyaux enchâssés sous la muqueuse comme des grains de plomb, surtout à la paroi antérieure.

Le museau de tanche est envahi par le bourgeonnement épithélial et donne l'apparence exacte d'un chou-fleur (principalement à sa partie antérieure) très irrégulier, de consistance ferme, dans lequel le doigt pénètre aisément.

On aperçoit difficilement l'orifice du col, porté vers la droite. Ce champignon est bien limité de toutes parts et semble ne pas envahir les parois du vagin.

Au niveau des culs de sac latéral droit et antérieur, la tumeur se prolonge sous forme de petits grains dans la paroi vaginale.

La cavité utérine ouverte, on peut voir que la muqueuse est d'apparence et de coloration normales.

Au niveau de l'isthme, la tumeur commence nettement, sans se prolonger dans la musculature du corps Une ligne horizontale nette limite les deux portions et la coloration blanc jaunâtre du col tranche très manifestement avec la coloration rosée du corps utérin.

A la coupe, la tumeur est résistante

Au niveau de l'insertion du ligament large gauche, on sent dans le tissu cellulaire un prolongement dur, véritable cordon de lymphangite néoplasique.

Rien de semblable du côté droit.

Dans la cavité des veines à ce niveau-là, on constate des caillots noirâtres, et quelques veines présentent des points, durs, arrondis, de véritables phlébolithes développés dans la cavité des sinus utérins.

Observation V (Service de M. Poirier.) (*Personnelle*).

Y... Elise, 39 ans, entrée le 18 juin, salle Richard-Wallace.

La malade se plaint de douleurs dans le ventre et dans les reins, ayant débuté il y a 4 mois.

A. H. Père mort accidentellement.

Mère bien portante.

A. P. Fièvre typhoïde, étant jeune.

Réglée à 11 ans 1/2. Trois grossesses normales et une fausse couche de 4 mois. — Depuis cet avortement, la malade a toujours eu mal dans le ventre.

Quatre mois avant son entrée dans le service, la malade était bien réglée; depuis ce temps, suppression complète des menstrues, mais par contre, beaucoup de fleurs blanches, aqueuses. La douleur, supportable auparavant, est devenue si intense, qu'elle empêche la marche; elle est plutôt nocturne, continue et s'irradiant vers les cuisses.

Examen. — Palpation douloureuse, surtout dans les fosses iliaques.

Toucher : Col entr'ouvert : les lèvres sont dures, bosselées ; le museau de tanche est d'une dureté ligneuse et est augmenté de volume.

Les parois vaginales sont envahies, la paroi antérieure est dédoublée.

Le corps est immobile, fixé dans le ligament large.

Opérée le 3 juillet.

Incision sous-ombilicale.

Ligature de l'hypogastrique du côté droit. Cette ligature est difficile, l'uretère englobé dans des prolongements néoplastiques adhère à l'artère et au péritoine. Dans la bifurcation, on pratique l'ablation d'un petit ganglion cancéreux.

Le long de l'artère, contre la paroi pelvienne et au-dessous du ligament large, existe un volumineux ganglion dégénéré.

Ligature de l'hypogastrique gauche.

Ablation de petits ganglions au niveau de la bifurcation de l'artère.

Ablation d'un ganglion volumineux adhérent à la paroi pelvienne, à la veine et à l'artère hypogastriques ; une trame cancéreuse se prolonge jusque vers le trou obturateur.

Décollement de la vessie très adhérente ; elle est crevée au cours de ce décollement. Libération des uretères englobés dans des prolongements cancéreux. La vessie est recousue par un seul plan de sutures à la fin de l'opération.

Ablation de l'utérus après le décollement du vagin, très bas,

sur sa face antérieure, et décollement du rectum sur sa face postérieure jusqu'au niveau du plancher du releveur anal.

Il n'est pas nécessaire de faire la ligature des utérines.

On est obligé secondairement d'enlever des prolongements néoplasiques qui se portent jusqu'au niveau de la paroi sacrée en arrière et jusqu'à la paroi pelvienne en dehors.

Après cet évidement du petit bassin, on se trouve en présence d'une véritable dissection de la tranche vaginale au milieu, la vessie en avant, le rectum en arrière ; et sur les parois latérales, on voit les nerfs obturateurs absolument disséqués sur toute la longueur, de chaque côté. L'artère et la veine hypogastriques sont également disséquées, et l'on voit se détacher leurs branches vésicales et ombilicales.

Deux drains dans le vagin.

Trois compresses dans le petit bassin : une appliquée sur la vessie qui garde une sonde à demeure ; une de chaque côté du rectum.

Quarante-huit heures après, ablation des mèches.

La malade actuellement se porte aussi bien que possible.

CONCLUSIONS

L'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix dans la cure radicale des cancers utérins.

Elle seule permet de se rendre compte de la nature et de l'étendue du néoplasme et de son envahissement aux organes voisins.

Elle donne la possibilité d'enlever le plus de tissu malade, et d'extirper les ganglions altérés.

Elle permet aussi d'éviter le morcellement dans les cas d'utérus cancéreux volumineux, et par conséquent d'éviter les péritonites consécutives et les récidives sur place.

Intervenir le plus rapidement est une des meilleures conditions de succès.

S'il ne reste à la malade que quelques rares chances de guérison, il est encore préférable de tenter l'hystérectomie abdominale totale, à moins de trop grande faiblesse, de cachexie, puisque ces quelques chances ne peuvent lui être apportées que par cette opération.

Enfin, dernière conclusion et la plus importante de toutes, en ce qui concerne le manuel opératoire, il est nécessaire, si l'on veut s'assurer une hémostase parfaite de tout le petit bassin, de pratiquer au début la ligature des artères hypogastriques.

Vu :
Le Président,
TILLAUX.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Picqué. – Société de chirurgie, 28 décembre 1897.

Hartmann. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, avril 1899.

Picqué. — Sur 3 cas de cancer utérin traités par l'hystérectomie abdominale totale. Bull. et mém. soc. chirurgie, Paris 1898.

Régnier. — Hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin. Sem., gynécol. Paris 1898.

Jacobs. Cure radicale de cancer utérin par la voie abdominale. Bull. de la Soc. Belge de Gynécologie, Bruxelles, 1898.

Jacobs. - La voie abdominale dans cancer utérin. Bull. de la Soc. Belge de Gynécologie, Bruxelles 1897.

Congress VIIe. der Deutschen Gesell f. chirurgie, Leipzig 1897. Ablation de l'uturus carcinomateux par la voie abdominale.

Verhandl der Deutschen Gesell f. Gynécologie, Leipzig, 1897. Méthode Freund dans l'opération du cancer.

P. Poirier. — Traité d'anatomie humaine, tome II, fasc. 2.

Fredet. — Recherche sur les artères de l'utérus. Thèse, Paris 1899.

Verhandlungen der Deutschen Geselchaft für Gynekologie, 1897. Dr Kustner de Breslau, méthode Freund dans l'opération du cancer utérin.

Labadie Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie.

Auclair. — De l'hystérectomie abd. tot. dans le traitement des cancers utérins. Thèse. Paris 1899.

S. Pozzi. — Traité de Gynécologie.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie. Tome VII.

Tillaux. — Traité d'Anatomie topographique.

Ricard. — Rapport au Congrès français de chirurgie. Octobre 1899.

Pasquier. — De l'histérectomie abdominale totale dans les cancers de l'utérus. Thèse. Paris 1899.

E. Witski et Cie, imprimeur, rue Casimir-Delavigne, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1

Avant-propos 3

Historique 5

Considérations sur le choix de l'intervention et sur quelques indications et contre-indications de cette intervention . . . 12

Hystérectomie abdominale totale (*Technique de P. Poirier*). . . 16

Observations 21

Conclusions 31

Index bibliographique 33